

**Catarina Salomé
Oliveira Peres Evaristo**

Financiamento de Centros de Dia

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia – Gestão de Equipamentos Sociais, realizada sob a orientação científica do Doutor José Ignacio Guinaldo Martin, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

“As pessoas que se estimam nunca se deviam
apartar; a culpa tem-na a nossa complicada
civilização”

Eça de Queiroz
(numa carta a Emília de Rezende)

O júri

Presidente

Professora Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente principal

Professor Doutora Margarida Solteiro Martins Pinheiro

Professora Adjunta do Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro

Vogal

Professor Doutor José Joaquim Marques Alvarelhão

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Orientador

Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martín

Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio diário e incondicional de Jorge Rebimbas que por inúmeras vezes impediu a minha desistência motivando-me a dar continuidade a este trabalho. Deixo portanto o meu reconhecimento e dedicação deste trabalho a quem tornou este trabalho possível, Jorge Rebimbas.

Aos meus pais e irmão que sempre me apoiaram e são os pilares que me sustentam em todas as dificuldades que me surgem no caminho e com os quais posso contar incondicionalmente.

Também agradeço a colaboração da Dra. Mónica com quem tive o prazer de trabalhar e que sempre se mostrou disponível para me esclarecer qualquer dúvida ou mesmo partilhar conhecimentos e informação, o meu sincero agradecimento pelo apoio. Um especial agradecimento a Dra. Filipa e a Dra. Margarida, colegas de trabalho e amigas que sempre se disponibilizaram a trocar informações e conhecimentos sobre algumas das temáticas aqui apresentadas e pela leitura detalhada e consequentes críticas construtivas sobre a redacção deste trabalho.

A todos os participantes, Instituições e colaboradores que possibilitaram a construção, recolha e análise dos dados da amostra.

E por fim um grande agradecimento e reconhecimento ao Professor Orientador Doutor Ignácio Martin pelo apoio na realização deste trabalho, pelo nível de exigência que sempre definiu e que me impediu de caminhar no sentido mais fácil e confortável. E por todas as oportunidades que sempre me disponibilizou ao longo deste percurso académico que estarei sempre muito agradecida e com as quais adquiri verdadeiras competências e conhecimentos que actualmente definem a profissional que sou. Nunca irei esquecer as portas que definiu na minha vida profissional com as quais tive boas oportunidades de começar a minha caminhada profissional.

Palavras-chave

Centros de Dia, População Idosa, Envelhecimento demográfico, Políticas Sociais, Financiamento

Resumo

O Centro de Dia é um equipamento social com serviços que impedem ou atrasam o processo de institucionalização da população idosa que se encontra em situação de dependência física ou cognitiva leve a moderada. O objectivo geral deste estudo prende-se com a análise do financiamento da resposta social Centro de Dia e os objectivos específicos são os seguintes: analisar as principais fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa e comparar as mesmas com o Centro de Dia; realizar a caracterização sociodemográfica, cognitiva e económica dos utilizadores da resposta social de Centro de Dia; realizar o despiste de sintomas depressivos dos utilizadores da resposta social de Centro de Dia; avaliar a capacidade funcional para as ABVD dos utilizadores da resposta social de Centro de Dia e por fim analisar a relação entre as características dos utilizadores do Centro de Dia e a mensalidade que lhes está atribuída.

A população alvo deste estudo são os utilizadores da resposta social de Centro de Dia das IPSS. A amostra foi definida por conveniência e é constituída por 187 utilizadores de 12 Centros de Dia.

O instrumento utilizado foi o Questionário de Avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador, Q-ADC, da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, UNIFAI, que se encontra organizado em três secções distintas: Secção A – Inquérito ao Director Técnico ou a um representante por Instituição; Secção B – Inquérito aos Utilizadores da resposta de Centro de Dia (com consentimento informado assinado) e por último a Secção C que se trata de um Inquérito a um funcionário que preste serviços de apoio nas Actividades da Vida Diária e que possui uma proximidade com o respectivo utilizador.

Verificou-se que a maioria tem a origem dos seus rendimentos na pensão de reforma (78,3%) seguida da pensão de sobrevivência que representa 28,6%. O valor despendido na comparticipação da resposta tem como máximo 385 euros e o mínimo de zero, e de valor médio os 147,22 euros. As características que são significativas na relação com a mensalidade dos utentes são os escalões de rendimentos ($p\text{-value}=0,000$), o Índice de Barthel ($p\text{-value}=0,046$) e a Idade ($p\text{-value}=0,013$). A relação da mensalidade com estas características do utente que não apenas a sua caracterização económica questionam o modelo operativo definido pela Segurança Social e respectiva fórmula, pois o conceito não se encontra operacionalizado e permite uma maior liberdade às IPSS na sua aplicação e gestão da lista de candidatos. Por outro lado verifica-se que cada vez é mais emergente definir modelos de financiamento mistos que não recorram apenas ao financiamento público e dos utentes/famílias

Keywords

Day Center, Elderly Population, Demographic Aging, Social Policies, Financing

Abstract

The Day Centre is a social equipment with services that prevent or delay the process of institutionalization of the elderly population in a state of physical dependence or mild to moderate cognitive. The aim of this study concerns the analysis of the financing social response Day Centre and the specific objectives are: analyze the main sources of funding of social responses to the aging population and compare them with the Day Centre; characterize sociodemographic, cognitive and economic users of social response to the Day Centre; perform the screening for depressive symptoms from users of social response to the Day Centre; assess the functional capacity of ABVD for users of social response Day Centre and finally analyze the relationship between the characteristics of the users of the Day Centre and the monthly payment allocated to them. The target population of this study are the users of the social response to the Day Centre of the IPSS. The sample was defined for convenience and is composed of 187 users from 12 Day Centers. The instrument used was the Assessment Questionnaire of Day Centers from the point of view of the user, Q-ADC, from the Unit of Research and Training in Adults and Elderly, UNIFAI, which is organized into three distinct sections: Section A - inquiry the Technical Director or a representative of the institution; Section B - inquiry of Users response Center Day (with informed consent) and lastly Section C that it is an Inquiry to an employee who provides services to support the activities Daily Life and has a close proximity to its user. It was found that most have the source of their income in retirement pension (78.3%) followed by the survivor's pension which represents 28.6%. The amount spent on reimbursement of response has a maximum of 385 euros and a minimum of zero, and the average value of 147.22 euros. The characteristics that are significant in relation with the users are the monthly income bands ($p\text{-value} = 0.000$), the Barthel Index ($p\text{-value} = 0.046$) and age ($p\text{-value} = 0.013$). The relationship between the tuition and these characteristics of the user not only question the characterization economic, question the model defined by Social Security and its formula, because the concept is not operationalized and allows greater freedom to IPSS in its application and list management candidates. In the other hand it turns out that it is increasingly emerging set of mixed funding models, not only recourse to public funds and consumers / families

ÍNDICE

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág
INTRODUÇÃO	9
I. CAPÍTULO - Caracterização da resposta social Centro de Dia	
1. Demografia e Políticas sociais para a população idosa	10
2. Origem e evolução das respostas sociais de apoio á população idosa.....	12
3. A resposta social Centro de Dia	15
4. Fontes de financiamento	17
II. CAPÍTULO – Objectivos e metodologia do estudo	
1. Objectivos	25
2. Metodologia	25
A. Amostra	
B. Instrumento	
C. Procedimentos	
III. CAPÍTULO – Resultados	32
IV. CAPÍTULO – Conclusões	36
V. CAPÍTULO – Discussões	39
BIBLIOGRAFIA	40

ERRATA

Evaristo, C. S. Financiamento de Centros de Dia (2013).Dissertação de Mestrado em Gerontologia – Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 2013.

Página	Linha onde se lê	Leia-se
3 (O júri)	Professor Doutora Margarida Solteiro Martins Pinheiro	Professora Doutora Margarida Maria Solteiro Martins Pinheiro
8 (ACRÓNIMOS E SIGLAS)	GDS-15 – Escala de depressão geriátrica de 15 itens	GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens
	Q-ADC - Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador	Q-ADC - Questionário de Avaliação dos Centros de Dia sob o Ponto de Vista do Utilizador
8 (ÍNDICE DE TABELAS)	Tabela 1 - Fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa (ERI, Centro de Dia e SAD)	Tabela 1 - Fontes de Financiamento das Respostas Sociais para a População Idosa (ERI, Centro de Dia e SAD)
	Tabela 3 - Caracterização Cognitiva, Despiste de Sintomas Depressivos e avaliação da Capacidade Funcional nas ABVD da Amostra	Tabela 3 - Caracterização Cognitiva, Despiste de Sintomas Depressivos e Avaliação da Capacidade Funcional nas ABVD da Amostra
	Tabela 5 – Origem dos rendimentos, escalões de rendimento mensal e Mensalidade no Centro de Dia (n=124)	Tabela 5 – Origem dos Rendimentos, Escalões de Rendimento Mensal e Mensalidade no Centro de Dia (n=124)
	Tabela 6 – Regressão Linear da variável dependente Mensalidade no Centro de Dia (n=187)	Tabela 6 – Regressão Linear da Variável Dependente Mensalidade no Centro de Dia (n=187)
15 (I Capítulo – Caracterização da Resposta Social Centro de Dia)	Analisando os parâmetros legislativos que definem esta resposta social em Portugal, verifica-se que a mesma destina-se a todas as pessoas que necessitem dos serviços que a compõem, com prioridade a população com 65 e mais anos.	Analisando os parâmetros legislativos que definem esta resposta social em Portugal, verifica-se que a mesma se destina a todas as pessoas que necessitem dos serviços que a compõem, com prioridade para a população com 65 e mais anos.

ERRATA

25 (II Capítulo – Objectivos e metodologia do estudo)	O objectivo geral deste estudo prende-se com a análise do financiamento da resposta social Centro de Dia e os objectivos específicos focalizam-se (...) na avaliação da possível relação entre as referidas características dos utilizadores e a mensalidade que lhes está atribuída através do método de regressão linear.	O objectivo geral deste estudo prende-se com a análise do financiamento da resposta social Centro de Dia e os objectivos específicos focalizam-se (...) na avaliação da possível relação entre as referidas características dos utilizadores e a mensalidade que lhes está atribuída.
	A população alvo deste estudo são os utilizadores da resposta social de Centro de Dia.	A população alvo deste estudo é constituída pelos utilizadores da resposta social de Centro de Dia.
31 (II Capítulo – Objectivos e metodologia do estudo)	Posteriormente ao envio da carta foi agendada uma reunião para com cada Director(a) Técnico(a) de cada IPSS (...).	Posteriormente ao envio da carta foi agendada uma reunião com cada Director(a) Técnico(a) de cada IPSS (...).
34 (III Capítulo – Resultados)	Para verificar se existe relação entre as características dos utilizadores com a mensalidade que lhes está atribuída na resposta social de Centro de Dia procedeu-se á regressão linear com as seguintes variáveis: variável independente, ou constante, é o valor em euros que os utilizadores pagam como mensalidade e as variáveis dependentes, os escalões de rendimentos, o Índice de Barthel, a idade, o Mini Mental State, a GDS, o género, o estado civil, a escolaridade e a profissão.	Para verificar se existe relação entre as características dos utilizadores com a mensalidade que lhes está atribuída na resposta social de Centro de Dia procedeu-se á regressão linear com as seguintes variáveis: variável dependente, ou constante, é o valor em euros que os utilizadores pagam como mensalidade e as variáveis independentes, os escalões de rendimentos, o Índice de Barthel, a idade, o Mini Mental State, a GDS, o género, o estado civil, a escolaridade e a profissão.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD – Actividades da Vida Diária

ABVD - Actividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Actividades Instrumentais da Vida Diária

CC – Centro de Convívio

CN – Centro de Noite

ERI - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

GDS-15 – Escala de depressão geriátrica de 15 itens

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Máx. - Máximo

Min. – Mínimo

Q-ADC - Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UNIFAI – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa (ERI, Centro de Dia e SAD)

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 3 - Caracterização Cognitiva, Despiste de Sintomas Depressivos e avaliação da Capacidade Funcional nas ABVD da Amostra

Tabela 4 - Estrutura do Instrumento Q - ADC

Tabela 5 – Origem dos rendimentos, escalões de rendimento mensal e Mensalidade no Centro de Dia (n=124)

Tabela 6 – Regressão Linear da variável dependente Mensalidade no Centro de Dia (n=187)

INTRODUÇÃO

A resposta social Centro de Dia, Centro de Dia, em Portugal, é desenvolvida num equipamento com funcionamento diurno e que procura manter as pessoas idosas no seu meio sociofamiliar. Os seus objectivos são: a promoção da permanência da pessoa idosa no seu domicílio; a satisfação das necessidades básicas e instrumentais; a prestação de apoio psicológico e social e a promoção das relações interpessoais e intergeracionais a fim de se evitar o isolamento (Bonfim et al, 1996).

O Centro de Dia valida portanto a seguinte premissa “Envelhecer e viver em casa”, uma vez que esta é a opção preferida e desejada por a grande maioria das Pessoas Idosas e seus cuidadores informais. Por isso as recomendações dos Organismos Internacionais passam pela priorização de sistemas de apoio social que permitem o cumprimento dessa premissa (Libro Blanco, 2004).

O objectivo geral deste estudo a análise do financiamento da resposta social Centro de Dia e os objectivos específicos: analisar as principais fontes de financiamento das Instituições Particulares de Solidariedade Social, IPSS; realizar a caracterização sociodemográfica e económica dos utilizadores da resposta social de Centro de Dia e analisar por fim a relação entre as características dos utilizadores e a mensalidade que lhes está atribuída. Sendo assim o estudo encontra-se organizado em cinco capítulos, que explanam a caracterização da resposta social Centro de Dia, através de uma abordagem inicial à demografia e às Políticas sociais para a população idosa, para uma breve contextualização histórica, política e demográfica; seguida da origem e evolução das respostas sociais para a população idosa, da caracterização da resposta social de Centro de Dia e respectivas fontes de financiamento; da apresentação dos objectivos e metodologia do estudo; apresentação dos resultados e por último as respectivas conclusões e discussões.

I. CAPÍTULO – Caracterização da resposta social Centro de Dia

1. Demografia e Políticas sociais para a população idosa

A evolução demográfica actual indica que até 2050 alcançar-se-á os 22 por cento de habitantes com mais de 60 anos e a percentagem de pessoas idosas crescerá de 8 para 21 por cento e a de crianças de 33 para 20 por cento (Relatório Demográfico das Nações Unidas, 2001). Esta previsão demonstra que a pirâmide etária encontra-se em processo de inversão, ou seja, o segmento de crescimento mais rápido será precisamente o das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (Osório, 2007).

Procedendo á comparação de Portugal com alguns dos outros países Europeus, verifica-se que a população Portuguesa tem vindo a envelhecer a um ritmo superior (Barreto, 2002) e segundo os resultados definitivos dos Censos 2011, de 2001 para 2011 os desequilíbrios intensificaram-se.

Com esta evolução demográfica verifica-se que a longevidade do ser humano a par da antecipação da idade legal para a reforma, permite que o tempo de vida pós-profissional seja muito próximo ao tempo de vida profissional, ou seja, “Quem trabalhou trinta anos facilmente poderá viver outros tantos anos sem trabalhar.” (Pinto, 2007). Este acontecimento, para a perspectiva dos Governos, a população idosa passa a ser única e exclusivamente consumidores, não contribuindo de forma alguma para a produção de riqueza e constituindo apenas custos crescentes a serem suportados pela sociedade activa (Pinto, 2007).

No entanto o incremento dos custos para os Governos com a população idosa, não tem origem apenas nas mudanças demográficas sentidas, pois a exigência de que o aumento da longevidade deve ser acompanhado de qualidade de vida, salvaguardando a premissa “mais vida para os anos” também exponencia esses custos (Pinto, 2007).

Desta forma o envelhecimento demográfico tem vindo a ser utilizado como a causa para todos os problemas sociais, culturais, políticos e financeiros que ameaçam a sociedade (Rosa, 2012).

Numa tentativa de contrariar esta evolução demográfica, os Governos têm adoptado diversas medidas que não se têm revelado frutíferas pois são apenas pontuais e apesar de importantes e necessárias não deixam de ser paliativas. Assim, mais importante do que contrariar o envelhecimento demográfico torna-se urgente definir formas de potenciar os benefícios desta evolução e/ou diminuir o risco de rupturas sociais e geracionais que possamos vir a deparar com esta situação (Rosa, 2012).

Com esta perspectiva sobre a população idosa, a etapa da reforma, tornou-se um ponto determinante da entrada na velhice e que está associado á perda de importância social e poder em sociedades fortemente marcadas por regras económicas e orientadas para o produtivismo, onde quem não produz não é considerado como socialmente útil (Figueiredo, 2007).

Numa sociedade de consumo e de bens materiais, que privilegia a produção e consequentemente a população activa não existe espaço para o idoso que imediatamente é excluído da sua participação social em todos os papéis desde o laboral ao de manutenção e por fim na transmissão de conhecimentos (Martins, 2006).

Com a definição do envelhecimento demográfico como causa para a insustentabilidade do Estado Social, começam a surgir diversas interpretações e análises sobre a evolução demográfica e o Estado Social como se pode observar na afirmação do Ministro da Solidariedade Social, no Seminário “Envelhecer: Um Direito em Construção” (1998) cit in Martins, (2006): “estão a dar-se grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa: transformações demográficas, económicas, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor. Trata-se de um fenómeno global, que afecta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com particular gravidade, colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio. É um fenómeno social que a todos diz respeito...”

Para uma melhor compreensão da história política e social que define a actualidade, torna-se imprescindível o olhar sobre a origem do designado «Estado – Providência» e/ou «Estado Social».

O «Estado Social» ou «Estado – Providência» consiste num conjunto de leis e políticas cujo papel essencial trata-se da regulação e compensação dos disfuncionamentos sociais (Castel, 2000). O Direito e Protecção Social, em Portugal, consiste num conjunto de apoios e assistência que compensam as disfunções sociais e visam assistir a todos os Portugueses e em particular aos mais vulneráveis que se encontrem em situação de doença, dependência física ou cognitiva, desemprego e reforma. (Silva, 2013).

A origem do referido «Estado Social» ou «Estado-Providência» remonta há vários séculos atrás, com as primeiras formas de assistencialismo, dos quais se destaca as referidas *Poor Laws*, em que as autoridades locais procediam á angariação de financiamentos para compensar a faixa da sociedade com mais dificuldades, os mais desfavorecidos (Silva, 2013). Posteriormente surgem os designados «seguros sociais obrigatórios», para situações de doença, acidentes de trabalho, reforma e invalidez e que de certa forma definem o berço do «Estado Social» (Silva, 2013).

Com o surgimento destes «seguros sociais obrigatórios», a intervenção do Estado no âmbito da protecção social e direito social tornou-se muito mais universal abrangendo toda a classe trabalhadora e também prevenindo as situações de desfavorecimento social (Castel, 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) o acesso à protecção social e ao direito social alcançaram uma nova fase, pois passou a assegurar toda a população que passou a usufruir dos mesmos direitos sociais e protecção social (Castel, 2000).

Esta universalização do acesso à protecção social originou com o passar dos anos um incremento dos pensionistas que passaram de 56 000 em 1960, para 2,5 milhões em 2000. Pois passaram a usufruir de pensões de invalidez, de sobrevivência e reforma por velhice toda a população, independentemente de ter contribuído ou não para a produção de riqueza do país (Barreto, 2002).

Na actualidade questiona-se a capacidade de sustentabilidade deste «Estado Social», que encontra-se comprometido devido a esta complementaridade da protecção social (Castel, 2000).

2. Origem e evolução das respostas sociais de apoio à população idosa

12

Na origem do cuidado aos diversos membros constituintes da família, encontra-se o cuidado informal, prestado pela própria família no contexto habitacional. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família, consagrando portanto este cuidado como o primeiro nível de cuidados à saúde (Serapioni, 2005).

Para que as famílias possam dar continuidade a este papel fundamental que é o cuidado, torna-se imprescindível que as políticas sociais, governos e organizações governamentais e não-governamentais apoiem a família na prestação destes cuidados primários (Serapioni, 2005). No entanto a mudança na estrutura e funções da família, que tem ocorrido nos últimos tempos promovem a perda da dinâmica e funções da mesma, nomeadamente na prestação do cuidado informal (Serapioni, 2005).

Podemos considerar a mobilidade geográfica e a inclusão da mulher no mercado de trabalho como duas das principais transformações na sociedade que dificultam este papel da família pois relativamente à primeira verifica-se que cada vez mais, os mais jovens, deslocam-se para as grandes cidades por maior oferta de mercado de trabalho, deixando os seus familiares mais velhos, idosos, a viverem sós e quanto à inclusão da mulher no mercado de trabalho á uma crescente indisponibilidade para este papel, pois as

intituladas “*guardiãs da parentela*” que no passado confinavam-se ao trabalho doméstico e gestão da vida familiar, na actualidade, estão também a trabalhar em empresas e no exterior do domicílio (Vicente e Sousa, 2007 cit in Figueiredo, 2007).

Esta mudança provoca uma reestruturação dos papéis familiares e uma necessidade cada vez maior de recorrer a instituições comunitárias de apoio (Figueiredo, 2007).

Outras das transformações do modelo clássico de família são o desaparecimento das famílias extensas, a perda de estabilidade da família, o atraso da idade em que se casam, o aumento das famílias monoparentais e unipessoais, o incremento das uniões de facto, o atraso da independência dos filhos, a incorporação de imigrantes (formação de famílias de nacionalidades diversas) e por ultimo a diminuição do tamanho das moradias que não favorecem a existência de agregados familiares extensos (Libro Blanco, 2004).

Todo este conjunto de mudanças permitiu a expansão do acesso ao direito social e promoveu o surgimento de diversas respostas sociais e equipamentos para dar solução às necessidades actuais da sociedade.

Não existe uma referência histórica que defina o início da resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, ERI, no entanto o seu berço está nos tão criticados Asilos. A definição mais próxima do actual ERI, teve início no fim dos anos 60, onde se verificou uma melhoria ao nível das instalações e funcionamento, criaram-se critérios de admissão de utentes, admitiu-se colaboradores, e definiram-se acordos de cooperação para utentes e para o pagamento dos recursos humanos devidamente preparados. Foi a 1960 que surgiu nos Estados Unidos o primeiro serviço de apoio ao idoso diário, no hospital geriátrico diário, em Greensboro, Carolina do Norte (O’Keeffe, 2006). Ao longo do tempo este serviço sofreu uma evolução constituindo-se num dos Centros de Dia comunitários que prestam serviços á população idosa com dependência física e/ou cognitiva, permitindo o descanso dos seus cuidadores informais e a possibilidade de cumprirem com outras obrigações (O’Keeffe, 2006). A partir de 1970 os Centros de Dia para adultos aumentaram consideravelmente nos Estados Unidos, passando de 18 para 1700 (Weissert, 1977 e Von Behren, 1988 cit in Conrad, 1993).

Com esta evolução os Centros de Dia começaram a surgir com naturezas e modelos de actuação muito variados por todas as regiões dos Estados Unidos o que possibilitou a existência de diferentes classes de Centros de Dia (Conrad, 1993).

Nos Estados Unidos existem três modelos de Centros de Dia, o Modelo Social que proporciona um ambiente seguro, apoio na realização das actividades da vida diária, desenvolvimento de actividades terapêuticas que promovem a funcionalidade mental e

física, o Modelo Médico que desenvolve programas de enfermagem qualificada, serviços de reabilitação e outros que combinam ambos os modelos. Também se distingue alguns Centros de Dia pela sua especificidade na população alvo como é por exemplo os Centros de Dia especializados no atendimento a Indivíduos com VIH/SIDA. Para cada Estado o Centro de Dia possui uma definição diferente consoante o modelo adoptado e as suas especificidades (O’Keeffe, 2006).

Em 2008 existiam em estimativa cerca de 2.000 Centros de Dia em todo o país dos Estados Unidos que atendem mais de 70 mil pessoas e o objectivo principal desta resposta é providenciar programas que dêem resposta às necessidades da população idosa prestando serviços que providenciam alternativas á institucionalização, que aumentam e promovem a manutenção das funções cognitivas e físicas possibilitando o descanso do cuidador informal. Alguns Centros de Dia proporcionam apenas os serviços básicos que inclui a alimentação, o transporte, os cuidados pessoais e as actividades de ocupação da vida diária e outros ainda prestam serviços no âmbito dos cuidados de saúde tal como serviços de enfermagem, reabilitação, serviços sociais, serviços médicos entre outros (Borgenicht, 1997).

No final da década de 70, em Portugal, surge a título experimental a resposta social Centro de Dia, inicialmente com 50 Centros de Dia e a 1985 passa a integrar formalmente o conjunto de respostas sociais.

Na actualidade, existem portanto, em Portugal um conjunto de serviços prestados por diferentes respostas sociais para a população idosa, que têm como objectivo apoiar pessoas idosas “em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social...” de forma a “promover a autonomia, a integração social e a saúde” e que estão estruturados nas seguintes respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio (CC), Centro de Dia, Centro de Noite (CN), Acolhimento familiar para pessoas idosas e ERI (Instituto da Segurança Social, I.P., Abril 2013). Estas respostas sociais têm representado um crescimento de 47,1% nos Centros de Dia, 56,6% nos ERI e 92,9% no SAD (Lemos, 2013).

O papel de cada uma destas respostas encontra-se de momento dificultado com os diversos desafios que têm surgido nomeadamente os demográficos (aumento da longevidade, movimentos migratórios), os funcionais (fontes de financiamento deficitárias, exigências ao nível da qualidade dos serviços, certificação dos mesmos, formação), os sociais (reduzidas pensões, alterações na constituição e dinâmica familiar, desadequadas condições habitacionais) e por último ao nível dos recursos humanos (exigência

crescente para a constituição de equipas interdisciplinares, com maior flexibilidade; acesso a competências tecnológicas) (Conrad, 1992).

E existem também diversos factores macroambientais e microambientais que influenciam o recurso a este tipo de respostas sociais. Dos primeiros distinguem-se as políticas sociais e regulamentos do Estado, o contexto comunitário e sociodemográfico, os recursos de financiamento, os recursos sociais e de saúde. Nos factores microambientais distinguem-se os de estrutura, nomeadamente a acessibilidade da administração, colaboradores, organização, características do cliente e dos cuidadores informais e por último os factores processuais que abrangem o ambiente social, os serviços e as actividades disponíveis (Conrad, 1992).

3. A resposta social de Centro de Dia

O número de respostas sociais dirigidas à População Idosa, em Portugal, teve em 2011 um aumento de 43% comparativamente ao ano de 2000, o que revela um aumento de cerca de 2 000 respostas sociais. Relativamente ao Centro de Dia o incremento foi de 30%. Também se verificou de 2010 para 2011 uma desaceleração do ritmo de crescimento do número de vagas em Centro de Dia (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2011).

Em 2006 apurou-se na totalidade dos Centros de Dia existentes no País, uma capacidade de 59 314 idosos e utilizadores 41204. Relativamente à relação de utilizadores versus a capacidade, por Distritos, verifica-se que é em Lisboa que o número de utilizadores é mais próximo da capacidade (0,84), seguido de Viana do Castelo (0,79) e Aveiro (0,77), e os distritos cuja utilização encontra-se mais distante da capacidade são Beja (0,44), Faro (0,46), Bragança (0,52), Portalegre (0,54) e Castelo Branco (0,58) (Martim et al, 2006).

Analisando os parâmetros legislativos que definem esta resposta social em Portugal, verifica-se que a mesma destina-se a todas as pessoas que necessitem dos serviços que a compõem, com prioridade a população com 65 e mais anos. Esta resposta social funciona apenas durante o dia e presta um conjunto de serviços que promove a manutenção do idoso no meio social e familiar (Bonfim, 1996).

Os seus objectivos são os seguintes: atender às necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações pessoais e entre as gerações; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições e prevenir situações de dependência e promover a autonomia (Instituto da Segurança Social, I.P., Abril 2013).

Analisando de forma mais detalhada esta resposta social, através do documento que define as condições de localização, instalação e funcionamento do Centro de Dia (Bonfim, 1996), o mesmo pode ser instalado num espaço próprio ou ser integrado num equipamento já existente com estrutura residencial ou outra e assegura essencialmente os serviços de alimentação, convívio e ocupação, cuidados de higiene pessoal e tratamento de roupas.

Como se pode observar, em Portugal, os serviços para esta resposta social não se encontram definidos de forma detalhada pois se compararmos com a realidade em Espanha os serviços da resposta social de Centro de Dia para além dos serviços básicos encontram-se definidos em Programas de Intervenção, nomeadamente programa de assistência em saúde, programa de terapia ocupacional, programa de relações sociais e animação sociocultural, programas de apoio social e intervenção com as famílias (Salgado Alba et al, 1999).

Em Portugal as IPSS definem portanto os seus serviços com maior liberdade desde que os mesmos se encontrem espelhados no regulamento interno da resposta social e que sejam prestados no mínimo os serviços de alimentação, convívio e ocupação, cuidados de higiene pessoal e tratamento de roupas.

Em Portugal estes serviços da resposta social de Centro de Dia são solicitados na maioria das vezes por parte do cuidador informal, que por vezes trata-se do próprio cônjuge também este muito idoso e com a sua situação de saúde precária que impossibilita de prestar os cuidados necessários. Este cuidador informal pode tratar-se também de uma filha, nora ou outro familiar que normalmente faz a solicitação do apoio e integração do seu familiar em Centro de Dia, quando a prestação dos cuidados ao seu familiar é cumulativa com a situação laboral e verifica-se numa sobrecarga física e psicológica como cuidador informal. Esta integração em Centro de Dia por vezes é adiada com o apoio informal de vizinhos e amigos em tarefas como aquisição de bens e serviços, preparação das refeições e companhia. (Quaresma, 1996). Outra das grandes diferenças entre o contexto Português e o Espanhol é que esta resposta, em Espanha, é coordenada por uma equipa multidisciplinar de diferentes entidades, composta por profissionais sociais e de saúde de diferentes entidades do Estado como são as Juntas Municipais do Distrito, a Comunidade Autónoma do Distrito e os Cuidados Primários públicos. É esta equipa que encaminha a pessoa idosa para o Centro de Dia que possui vaga com um impresso desde logo executado pela Comissão do Distrito, e estabelece um contacto continuo para informar

da possível admissão, integração e/ou encaminhamento para Hospital de dia ou Unidades de Curta duração de reabilitação (Salgado Alba et al, 1999).

Sendo assim em Espanha a gestão da lista de candidatos é externa á resposta de Centro de Dia enquanto que em Portugal cada IPSS faz a sua gestão da lista de candidatos.

4. Fontes de financiamento

Antes de analisar as diversas fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa, nomeadamente o SAD, Centro de Dia e ERI, importa salientar como se procede a gestão de vagas ou seja a gestão da lista de candidatos neste tipo de respostas sociais.

Na celebração de novos acordos de cooperação para as ERI, são definidos 20% ou 10% dos lugares para gestão da própria Segurança Social, sendo 10% no caso de a Instituição não ter usufruído de comparticipação pública na sua construção e 20% dos lugares no caso de ter usufruído de comparticipação pública. Estes lugares são geridos pela própria Segurança Social que encaminha para as instituições as situações de maior complexidade.

A comparticipação da Segurança Social para estes lugares é definida pela diferença entre 869,91€ e o somatório da comparticipação do utente e a comparticipação dos descendentes de 1º grau da linha recta, ou outros a que a lei obrigue à prestação de alimentos (Decreto-Lei Nº 47 344 de 25 de Novembro de 1966, Artigo nº 2009).

Sempre e quando estes lugares não se encontrem preenchidos, permanecem reservados por dois meses e comparticipados durante este período pelo valor da comparticipação mensal de 355€ lugar/mês.

Após esse período de dois meses se não for preenchido o lugar pela entidade competente, a Instituição pode ao fim desse período preencher a mesma, tendo de comunicar a sua utilização e a vaga imediata que surgir de seguida.

Esta situação de lugares cativos para situações de encaminhamento da Segurança Social acontece apenas na resposta social ERI. O que significa que para os restantes lugares nessa mesma resposta social a gestão de candidatos fica ao encargo da própria Instituição e que quanto ao Centro de Dia e SAD não existe nenhum lugar reservado para encaminhamentos da Segurança Social o que deixa a gestão da lista de candidatos na totalidade para as Instituições.

Sendo assim, em Portugal é a entidade que recebe o financiamento da Segurança Social, quem gere a lista de candidatos para as diferentes respostas sociais estando apenas

reservados alguns lugares para as situações de maior complexidade e que são encaminhadas pela própria Segurança Social (no caso da ERI).

Sendo assim o facto da gestão da lista de candidatos nas respostas sociais ERI, Centro de Dia e SAD, estar ao encargo das IPSS deixa a possibilidade das mesmas procederem em seu próprio benefício pois permite uma gestão selectiva e menos equitativa dos candidatos. Para de alguma forma estabelecer limites a esta liberdade, a Entidade Financiadora, Segurança Social, exige às IPSS que determinem nos seus regulamentos internos todo o procedimento de gestão da lista de candidatos, assim como critérios de ponderação, definidos pela própria IPSS e aprovados por a Segurança Social, que permitem seleccionar determinados candidatos em detrimento de outros.

Sendo assim as IPSS são obrigadas a proceder ao registo formal dessa gestão da lista de candidatos através dos seguintes documentos: ficha de inscrição, que cada candidato tem de possuir com todos os documentos necessários anexos e onde constam os critérios de ponderação desde já pontuados; lista de candidatos actualizada, onde constam todos os candidatos até á data interessados na admissão á resposta social em questão e por último o relatório de hierarquização e priorização de candidatos, que é o documento final deste processo onde para cada admissão de um novo utente se regista a avaliação técnica dos critérios de ponderação de cada candidato e o motivo para a selecção de um candidato em detrimento de outro, que posteriormente vai para aprovação final dos elementos que compõem o Conselho de Administração/ Mesa Administrativa da IPSS.

Se compararmos a realidade Portuguesa com a realidade Espanhola verificamos que em Espanha ao contrário de Portugal, a gestão da lista de candidatos das diversas respostas sociais compete á entidade financiadora, ou seja ao Estado, que possui uma Equipa Técnica Interdisciplinar que avalia cada candidato e encaminha para as diversas Instituições, enquanto em Portugal essa tarefa é realizada por as próprias Instituições que possuem portanto uma lista de candidatos própria.

Também é importante salientar que, em Portugal, existem dois tipos de acordos entre a Segurança Social e as IPSS que são os designados acordos típicos e os acordos atípicos.

Os acordos típicos são acordos que se enquadram nos modelo-tipo de respostas sociais e para as quais já estão definidos pela Segurança Social todos os procedimentos e normas. Os acordos atípicos surgem quando a instituição tem objectivos que não se ajustam nas respostas sociais tipo existentes e desde já regulamentadas pela Segurança Social. Estes acordos caracterizam-se por respostas sociais inovadoras quanto à

população alvo, serviços prestados, entre outras características (como por exemplo os Lares para pessoas com Demência de Alzheimer). O financiamento destes acordos apesar de ser mais flexível exige uma maior responsabilidade da Segurança Social pois a sua continuidade depende se o acordo é renovado ou não.

De seguida analisam-se as principais fontes de financiamento para as respostas sociais ERI, Centro de Dia e SAD, que constituem acordos típicos com a Segurança Social e são dirigidas á população idosa: a comparticipação mensal por utente da segurança social, a comparticipação do utente e a comparticipação dos descendentes quando aplicável.

Tabela 1 - Fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa (ERI, Centro de Dia e SAD)

	UTENTE	SEGURANÇA SOCIAL	DESCENDENTES
Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas	Situação tipo - 70% do rendimento per capita* ≥ 1º Grau dependência - 85% do rendimento per capita*	Comparticipação mensal por utente - 355€	Negociação directa com os descendentes (Decreto-Lei Nº 47 344 de 25 de Novembro de 1966, Artigo nº 2009).
	Comparticipação Segurança Social + Comparticipação do utente+	Comparticipação dos descendentes ≤ 938,43€ x nº utentes em acordo cooperação x 1,15	
Centro de Dia	Situação tipo – 40% do rendimento per capita* Majoração de 50% do rendimento per capita* - Com jantar	104,83€ por utente/mês	Não aplicável
Serviço de Apoio Domiciliário	≤ 50% Rendimento per capita* - Situação tipo (serviços básicos)	4 Serviços básicos = 241,37€ mensal /utente 3 Serviços básicos = 217,23€ mensal /utente 2 Serviços básicos = 205,16€ mensal /utente 1 Serviço básico = 0€ mensal /utente	
	≤ 60% Rendimento per capita* – Com Serviços extra	Serviços esporádicos (acompanhamento ao exterior para consultas médicas e pequenas reparações no domicílio) = Majoração de 5%	Não aplicável
	Diminuição dos serviços prestados implica sempre uma diminuição da afectação ao rendimento per capita*.	Serviços para além dos dias úteis = majoração de 50%. <4 Serviços básicos + serviços esporádicos = 241,37€ mensal /utente, desde que exista o que definem como equilíbrio global quanto ao número de serviços prestados e à frequência dos mesmos - conceito não operacionalizado.	

*Rendimento per capita do agregado familiar = (Rendimento Mensal Líquido do agregado familiar - as despesas fixas) / a dividir pelo número de elementos do agregado familiar

Através da tabela anterior observa-se que as respostas sociais dirigidas à população idosa têm como principais fontes de financiamento a comparticipação do utente, a comparticipação mensal da segurança social e a comparticipação dos descendentes quando aplicável. No entanto importa referir que a mensalidade aplicada ao utente e descendentes (se aplicável) não abrange alguns dos gastos em saúde e produtos de higiene pessoal, nomeadamente serviços de enfermagem específicos e material necessário como o tratamento de úlceras de pressão e o consumo de materiais de incontinência, como por exemplo fraldas e pensos higiénicos. Ou seja a família e utente têm de ter a noção que para além da mensalidade que lhes é atribuída terão outros custos posteriormente imputados e que não fazem parte dos serviços para os quais estão a efectuar o pagamento e são considerados como extras à mensalidade.

Relativamente à ERI apesar de estar definida uma comparticipação mensal de 355€ por parte da Segurança Social, sempre que o utente se encontre em situação de dependência de 2º grau (pressupõe maior dependência que o 1º grau) comprovada e atribuída através de uma junta médica da Segurança Social, a comparticipação financeira terá um acréscimo de 65,94€ por utente/ mês para a instituição e no caso de 75% ou mais dos utilizadores se encontrarem em situação de dependência de 2º grau a instituição receberá 46,19€ por utente/ mês.

Esta situação apesar de estar definida na legislação, o que se verifica é que na prática todos os utentes que se encontrem institucionalizados e que já tenham sido admitidos na ERI com o 2º grau de dependência atribuído ou o mesmo tenha sido requerido após a admissão, o 2º grau deixa de ser atribuído e o seu complemento passa a 1º grau com a justificação de que estando o utente institucionalizado em ERI deixa de ter direito a este complemento de 2º grau e passa a ter acesso apenas ao que corresponde ao 1º grau. Desta forma para as instituições deixa de ser possível a prova da existência de utentes com 2º grau de dependência não tendo acesso ao valor de majoração de comparticipação da Segurança Social. Isto porque para comprovar o grau de dependência dos utentes a Entidade Financiadora apenas tem em consideração a atribuição por si feita no complemento de dependência do utente, ou seja, se o utente deixa de ter acesso ao 2º grau de complemento que corresponde ao 2º grau de dependência também a IPSS não tem acesso ao valor de comparticipação extra como consideram na legislação.

A comparticipação dos descendentes e herdeiros legais existe exclusivamente nesta resposta social, ERI, e para esta a Segurança Social não define qualquer critério tendo apenas como limite que o somatório da mensalidade do utente, da comparticipação dos

descendentes e a comparticipação da Segurança Social não pode exceder o custo real do utente para a IPSS. Para definir esta comparticipação as Instituições têm de proceder a uma negociação directa para com os descendentes o que na maioria das vezes não representa uma tarefa fácil.

Esta dificuldade deve-se a diversos motivos dentro dos quais destacam-se os seguintes: normalmente o elo de ligação entre utente e instituição não é o grupo de descendentes mas sim um único descendente que por diversos motivos apresenta uma maior ligação para com o utente e uma vez que a instituição não consegue reunir todos os descendentes para uma reunião e por vezes a relação entre os diversos elementos da família não existe ou é conflituosa, torna-se difícil acordar um valor de comparticipação mensal justo para ambas as partes sabendo que nem todos os descendentes se encontram presentes e/ou prestáveis para o efeito; também o valor propriamente dito para o alcance do designado custo real do utente, na maioria das vezes é para os descendentes um valor muito elevado considerando a crise económica em que se encontra actualmente a sociedade, com um nº crescente de desempregados por agregado familiar, com contas a pagar e filhos para sustentar e para além disso a IPSS não tem qualquer fundamento legal que permita o apuramento da capacidade económica desses descendentes em participar o que define esta comparticipação como resultado único e estritamente da negociação directa entre IPSS e descendente que está a fazer a solicitação dos serviços. Como última instância á IPSS reserva-se o direito de no caso dessa comparticipação dos descendentes ser recusada ou incumprida de remeter a situação para os Tribunais Constitucionais que são quem tem legitimidade de avaliar a situação e exigir a comparticipação aos descendentes e herdeiros legais (Decreto-Lei Nº 47 344 de 25 de Novembro de 1966, Artigo nº 2009).

Analisando especificamente os Centros de Dia, em Portugal, encontram-se financiados pela Segurança Social, mediante o valor fixo de 104,83€ por utente/mês e a comparticipação do utente é calculada através da aplicação de uma percentagem de 40% (numa situação tipo) e 50% (com a refeição de jantar) sobre o rendimento per capita do agregado familiar do utente.

Importa referir que esta fórmula de cálculo é aplicada apenas em Instituições de Solidariedade Social sem fins lucrativos (IPSS). Mas também existem instituições com fins lucrativos que apesar de terem de cumprir todas as orientações legais para esta resposta social, nomeadamente as normas reguladoras de instalação e funcionamento, quanto ao cálculo da mensalidade, não necessitam de cumprir a referida formula. Contudo em contrapartida também não recebem qualquer apoio e financiamento da

Segurança Social estando sujeitas embora ao controlo, e auditoria das entidades competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Abril 2013).

Em Espanha a realidade é um pouco diferente pois verifica-se que existe uma grande diversidade relativa aos valores de mensalidade do utente para esta resposta social o que sugere que os serviços prestados nesta resposta e respectivos programas são diferentes em cada território. Os perfis variáveis dos utilizadores desta resposta, também determinam a intensidade da prestação dos serviços assim como a aplicação dos programas terapêuticos. (Libro Blanco, 2004)

Também é referido pela Segurança Social que o somatório das diversas participações (Segurança Social, utente e descendentes – quando aplicável) nunca pode ser superior ao custo real do utente para a IPSS. No entanto esse custo real do utente não se encontra definido de forma objectiva e concreta e sim por pressupostos políticos, ou seja, este conceito não se encontra operacionalizado. Desta forma as IPSS ao contrário do que seria previsto, procuram forçar o seu orçamento de encontro a esse custo irreal e subjectivo do utente para cada resposta social de forma a alcançarem o equilíbrio entre os recursos de financiamento e as exigências para um serviço de qualidade por parte da entidade financiadora.

Também por outro lado verifica-se que o financiamento da Segurança Social é cada vez menor, comparativamente ao crescente nível de exigência para com as IPSS que por sua vez determinam a necessidade de mais recursos humanos qualificados e um maior investimento em equipamentos acessíveis e adequados à prestação dos serviços para com a população idosa. Desta forma a família torna-se assim a principal fonte de recursos no apoio e cuidado ao idoso dependente (Saad, 1991 cit in Caldas 2003).

Nestes últimos anos a adopção de medidas de apoio às famílias que têm utentes com dependência a seu cargo como a criação de serviços e equipamentos de apoio (SAD, Centro de Dia, hospitais de dia, residências temporárias entre outras) possibilitam libertar o familiar da sua função de cuidador informal que representa uma grande sobrecarga física, psicológica, social e financeira (Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, Libro Blanco, 2004).

A população com 65 e mais anos apresentava, para o ano de 2009, uma taxa de risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) de 21,0% que é ligeiramente superior ao registado em 2008 (20,1%) e superior à média comunitária (17,8%). Também se verifica que à medida que a população vai envelhecendo o risco da pobreza é maior, sendo para a população de 75 e mais anos a percentagem do risco de

pobreza de 24,4% que comparativamente á União Europeia é uma percentagem significativamente superior (20,3%) (Carneiro, 2012).

No ano de 2011 em Portugal, 24,5% da população com 65 e mais anos encontrava-se em risco de pobreza (considerada como abaixo de 60% do rendimento mediano) e de exclusão social o que considerando a actual crise esta percentagem deverá ser consideravelmente superior de momento (Lemos, 2013). Portugal será o país da União Europeia a registar um risco de pobreza mais elevado entre a população idosa a 2046 devido á redução do “rácio benefício” que avalia a evolução da despesa em pensões por pensionista comparativamente ao salário por trabalhador. (Asghar Zaidi, 2010 cit in Lemos, 2013).

Uma vez que a principal fonte de rendimentos da população idosa encontra-se assegurada em cerca de 90% pelas pensões, e uma vez que as mesmas são na sua maioria pensões abaixo dos 500 euros mensais, torna-se notória a dificuldade desta faixa da população na satisfação das suas necessidades básicas, se á mesma forem acrescidas patologias, dependências físicas e/ou cognitivas frequentemente associadas ao processo de envelhecimento (Lemos, 2013). Nesta situação torna-se imprescindível a co-responsabilidade das famílias e do Estado sobre as necessidades desta população.

II. CAPÍTULO – Objectivos e metodologia do estudo

1. Objectivos

A pertinência deste estudo está relacionada a dois aspectos, nomeadamente com a diminuída existência de investigações sobre esta resposta social ainda que a mesma corresponda a 41204 utilizadores em Portugal (Martim et al, 2006) e com a pertinência de em Portugal ser as próprias instituições a seleccionarem os seus utentes na lista de candidatos e não a entidade financiadora, Segurança Social.

O objectivo geral deste estudo prende-se com a análise do financiamento da resposta social Centro de Dia e os objectivos específicos focalizam-se na análise das principais fontes de financiamento das respostas sociais para a população idosa e respectiva comparação com o Centro de Dia; na caracterização sociodemográfica, cognitiva e económica dos utilizadores da resposta social de Centro de Dia; no despiste de sintomas depressivos e na capacidade funcional para as ABVD dos referidos utilizadores e por fim na avaliação da possível relação entre as referidas características dos utilizadores e a mensalidade que lhes está atribuída através do método de regressão linear.

2. Metodologia

A. Amostra

25

A população alvo deste estudo são os utilizadores da resposta social de Centro de Dia. A amostra de conveniência é constituída por 187 utilizadores de 12 Centros de Dia.

Segundo a caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 2) verifica-se que a mesma é composta maioritariamente por mulheres (68,3%) e com uma idade média de cerca de 78 anos. Também mais de metade da amostra encontra-se viúva(o) (57,1%) e a percentagem mais considerável de seguida são os que se encontram ainda casados (25,9%).

Quanto ao nível de escolaridade e actividade profissional, verifica-se que a maior fatia da amostra concentra-se no 1º Ciclo incompleto/Ensino Primário incompleto (43,9%) e no 1º Ciclo/ Ensino Primário (26,5%). 38,6% desenvolveram a sua actividade profissional na categoria de Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta e 30,7% como trabalhadores não qualificados.

Na avaliação da situação habitacional verifica-se que 76,2 % dos utilizadores residem na povoação, ou seja a sua habitação encontra-se enquadrada numa área habitacional com densidade populacional que facilita o acesso a indivíduos, bens e serviços e cujo acesso a uma rede de transportes é possível em menos de 10 minutos a pé e 20,6% residem isolados da povoação. Quanto às tipologias de habitação apenas se verificaram os

modelos de casa unifamiliar (87,3%), apartamento/andar (8,5%) e parte de uma casa, como por exemplo um anexo (1,6%).

Por fim importa salientar que na variável com quem vive 26,5% referiu viver só e 47,1% vivem com os filhos.

Relativamente á auto-avaliação dos utilizadores quanto ao seu estado de saúde, no último mês á aplicação do questionário, averiguou-se que 40,2% definem a mesma como razoável, 29,6% como boa, 14,3% como fraco, e apenas 6,9% como muito fraco e 3,2% como muito bom.

No Mini-Mental State, como se considerou que existe deterioração cognitiva quando a soma das pontuações é igual ou inferior a 15 pontos em pessoas analfabetas; 22 pontos em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade; 27 pontos nos que têm escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro, 1993). Verificou-se que 48,1% (n= 91) da amostra apresenta deterioração cognitiva, 49,2% (n= 93) não apresenta deterioração cognitiva e 2,6% (n=5) da amostra não foi possível avaliar.

No despiste de sintomas depressivos com a Escala de Depressão Geriátrica, GDS – 15, considerou-se que quando a soma das pontuações é 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa (Cardoso & Martín, 2007). Desta forma verificou-se que 21,2% (n=40) dos utilizadores não apresentam sintomas de depressão, 20,6% (n=39) possuem sintomas de depressão ligeira, 22,2% (n=42) de depressão moderada e 7,9% (n=15) de depressão severa e 53 elementos da amostra não foram considerados por ausência de respostas aos itens e/ou incapacidade de responder às questões.

Na avaliação da capacidade funcional do utente ao nível das ABVD, foi utilizado o Índice de Barthel, para o qual todos os resultados inferiores a 60 pontos determinam indivíduos dependentes nas ABVD e os valores iguais ou superiores a 60 pontos indivíduos independentes. Nos resultados importa destacar a percentagem de indivíduos independentes e dependentes que corresponde respectivamente a 85,7% (n=162) e os dependentes a 13,2% (n=25).

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n= 187)

VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS				
Idade	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
	50	96	78,42	9,54
			n	%
Género				
Masculino			57	30,2
Feminino			129	68,3
Estado Civil				
Solteiro			15	7,9
Casado			49	25,9
União de Facto			4	2,1
Viúvo			108	57,1
Divorciado/Separado			9	4,8
Nível de escolaridade				
Nunca frequentou			44	23,3
1º Ciclo incompleto/Ensino Primário incompleto			83	43,9
1º Ciclo/ Ensino Primário			50	26,5
2º Ciclo/ Ensino Preparatório			3	1,6
3º Ciclo/ Ensino Secundário			1	0,5
Ensino Universitário			3	1,6
Profissão				
Profissão das Forças Armadas			0	0
Representantes do poder legislativo, órgãos executivos, dirigentes...			0	0
Especialistas das actividades intelectuais e científicas			2	1,1
Técnicos e Profissões de nível intermédio			2	1,1
Pessoal administrativo			3	1,6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores			5	2,6
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta			73	38,6
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices			29	15,3
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem			8	4,2
Trabalhadores não qualificados			58	30,7
Com quem vive				
Sozinho			50	26,5
Cônjuge			41	21,7
Filhos			89	47,1
Genro/Nora			38	20,1
Netos			31	16,4
Irmãos			7	3,7
Parentes próximos			1	0,5
Vizinhos/amigos			1	0,5
Outros			17	9

Tabela 3 - Caracterização Cognitiva, Despiste de Sintomas Depressivos e avaliação da Capacidade Funcional nas ABVD da Amostra (n= 187)

CARACTERIZAÇÃO COGNITIVA DA AMOSTRA			
Mini Mental State		n	%
Utentes com deterioração cognitiva		91	48,1
Utentes sem deterioração cognitiva		93	49,2
Total		184	97,4
DESPISTE DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA AMOSTRA			
GDS - 15		n	%
Ausência de depressão		40	21,2
Depressão ligeira		39	20,6
Depressão moderada		42	22,2
Depressão severa		15	7,9
Total		136	71,9
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA AMOSTRA NAS ABVD			
Índice de Barthel		n	%
Independentes		162	85,7
Dependentes		25	13,2
Total		187	98,9

B. Instrumento

Este estudo encontra-se integrado a uma investigação da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos - UNIFAI e o instrumento utilizado é um documento interno da UNIFAI, cuja designação é Q-ADC, ou seja, Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador, encontra-se organizado em três secções distintas: Secção A – Organização Institucional (aplicável um inquérito por IPSS ao Director Técnico ou a um outro representante); Secção B – Utilizador (Inquérito aos Utilizadores da resposta de Centro de Dia das IPSS que previamente deram o seu consentimento informado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado) e por último a Secção C – Funcionário (que se trata de um Inquérito a um funcionário que preste serviços de apoio nas AVD e que possui uma proximidade ao respectivo utilizador).

Na secção B – Utilizador encontra-se incorporado um conjunto de instrumentos de avaliação ou de despiste nos quais importa destacar o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), o Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 / Versão Portuguesa: Guerreiro et al., 1993) e a Escala de depressão geriátrica - GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986 / Versão Portuguesa: Cardoso e Martín, 2007).

No Mini-Mental State os pontos de corte são definidos consoante o grau de escolarização dos sujeitos, ou seja, considera-se que há deterioração cognitiva quando a soma das pontuações é igual ou inferior a 15 pontos em pessoas analfabetas; 22 pontos em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade; 27 pontos nos que têm escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro, 1993).

Quanto à Escala de Depressão Geriátrica, GDS – 15, considerou-se que quando a soma das pontuações é de 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa (Cardoso & Martín, 2007).

Na avaliação da capacidade funcional do utente ao nível das ABVD, foi utilizado o Índice de Barthel, que estima o grau de dependência do individuo nas actividades básicas da vida diária e no qual cada actividade tem uma pontuação que varia de 0, 5, 10 ou 15 pontos. Desta forma quanto menor o valor da pontuação final, maior é o grau de dependência. Neste estudo considerou-se que todos os resultados inferiores a 60 pontos determinam indivíduos dependentes nas ABVD e os valores iguais ou superiores a 60 pontos indivíduos independentes.

Tabela 4 - Estrutura do Instrumento Q - ADC

SECÇÃO	ITENS
Secção A – <u>Organização</u> <u>Institucional</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Dados Institucionais • Tipo de Equipamento <ul style="list-style-type: none"> ○ Financiamento da Resposta de Centro de Dia ○ Entidades Financiadoras e valor recebido por cliente ○ Classificação populacional da área onde se encontra implantado o Centro de Dia ○ Respostas/Valências existentes na Instituição ○ Tipologia/Grau de intensidade dos serviços prestados pelo Centro de Dia
Secção B – <u>Utilizador</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Utilizador • Avaliação Socioeconómica do Utilizador • Dados de identificação da situação habitacional do Utilizador • Escala de Gijón de Avaliação Sociofamiliar no Idoso (García – González, 1999 / Versão Portuguesa: Morão, 2008) • Escala de Ocupação do Tempo (Duarte & Martín, 2008) • Escala de Satisfação com a Vida (Neugarten & Havighurst, 1961 / Versão Portuguesa: Martín, 2002) • Protocolo de Avaliação de Centro de Dia para Adultos (PACD-II, adaptado por Teixeira, Martin e Almeida, 2012 Versão Original: Teixeira e Martin, 2008) • Avaliação Cognitiva <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 / Versão Portuguesa: Guerreiro et al., 1993) ○ Escala de depressão geriátrica - GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986 / Versão Portuguesa: Cardoso e Martín, 2007) • Avaliação Funcional <ul style="list-style-type: none"> ○ Instrumento de Avaliação das Actividades Avançadas da Vida Diária (desenvolvido por Martín & Teixeira 2012) ○ Escala de Avaliação das Actividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969) ○ Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) • Cuidados prestados por o Cuidador Informal/Pessoa de Referência
Secção C – <u>Funcionário</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do Funcionário quanto ao comportamento do Utilizador

C. Procedimentos

Para a definição da amostra foi enviada para cada IPSS uma carta a formalizar o pedido de colaboração neste estudo e a explicar o projecto de investigação. Posteriormente ao envio da carta foi agendada uma reunião para com cada Director(a) Técnico(a) de cada IPSS ou outro representante, para o esclarecimento de dúvidas relativas ao projecto de investigação e explicação das diferentes fases que o mesmo pressupõe, descrever os objectivos do estudo, dar a conhecer o Instrumento de recolha dos dados e dar início á recolha dos mesmos com o agendamento de uma data de inicio da aplicação dos questionários.

As fases que envolvem o projecto são a aplicação de um inquérito ao Director(a) Técnico(a) de cada IPSS ou outro representante para a recolha dos diversos dados da Organização Institucional do qual fazem parte a definição dos diversos tipos de financiamento da IPSS e que são relevantes para este estudo; a aplicação prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante para a recolha dos dados da secção B do protocolo de investigação junto de cada utilizador do Centro de Dia e por último a aplicação de um inquérito a um funcionário que preste serviços de apoio nas AVD e que possui uma proximidade ao respectivo utilizador, para que possa avaliar o comportamento do utente na resposta de Centro de Dia.

Quanto á recolha dos dados foi realizada por diversos colaboradores deste estudo e investigadores que estão a desenvolver a sua investigação com a mesma amostra e instrumento, uma vez que este estudo encontra-se integrado numa investigação da UNIFAI.

III. CAPÍTULO – Resultados

Ao nível da caracterização económica dos utilizadores verificou-se que a maioria tem a origem dos seus rendimentos na pensão de reforma (78,3%) seguida da pensão de sobrevivência que representa 28,6%. Quanto aos utilizadores que referenciaram outros rendimentos que não os enumerados interpreta-se a possibilidade de tratar-se de situações de pensão de viuvez e/ou rendas de imóveis (casas e terrenos) (ver Tabela 5). A percentagem mais significativa nos escalões de rendimentos encontra-se distribuída entre a aproximação ao valor de 2/3 da pensão de sobrevivência (18%) e a aproximação ao valor relativo a um salário mínimo nacional (20,1%). O valor despendido na participação da resposta tem como máximo 385 euros e o mínimo de zero, e de valor médio os 147,22 euros.

Quanto ao valor mínimo de valor despendido pelo utente, interpreta-se o valor zero, como respeitante às situações consideradas extra acordo do Protocolo de Cooperação com a Segurança Social. Destas situações destacam-se a população adulta não idosa, que por motivos de dependência física e/ou cognitiva associados a ausência de outra resposta formal ou informal que satisfaçam as suas necessidades são integrados na resposta social de Centro de Dia como utentes extra acordo e sobre o qual a IPSS não exerce qualquer mensalidade nem recebe qualquer tipo de financiamento da Segurança Social.

Tabela 5 – Origem dos rendimentos, escalões de rendimento mensal e Mensalidade no Centro de Dia (n=187)

CARACTERIZAÇÃO ECONÓMICA				
			n	%
Origem dos rendimentos				
Pensão de reforma			148	78,3
Pensão de sobrevivência			54	28,6
Subsídio de desemprego			0	0
Subsidio complementar			0	0
Rendimentos próprios			7	3,7
Trabalho			1	0,5
Seguro			5	2,6
Outro			14	7,4
Escalões de rendimento mensal				
Inferior ao valor de pensão de sobrevivência			16	8,5
Valor da pensão de sobrevivência			16	8,5
Aproximação ao valor de 2/3 da pensão de sobrevivência			34	18
Aproximação ao valor relativo a um salário mínimo nacional			38	20,1
Aproximação ao valor relativo a um salário e meio mínimo nacional			15	7,9
Aproximação ao valor relativo a dois salários mínimos nacionais			1	0,5
Aproximação ao valor relativo a três salários mínimos nacionais			2	1,1
Superior a três salários mínimos nacionais e inferior a quatro			2	1,1
Aproximação ao valor relativo a quatro salários mínimos nacionais			0	0
Valor em euros despendido na comparticipação da resposta que utiliza	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
	0	385	147,22	67, 14

33

Para verificar se existe relação entre as características dos utilizadores com a mensalidade que lhes está atribuída na resposta social de Centro de Dia procedeu-se á regressão linear com as seguintes variáveis: variável independente, ou constante, é o valor em euros que os utilizadores pagam como mensalidade e as variáveis dependentes, os escalões de rendimentos, o Índice de Barthel, a idade, o Mini Mental State, a GDS, o género, o estado civil, a escolaridade e a profissão.

Antes de analisar a tabela seguinte, importa referir toda a sequência associada aos resultados aí apresentados, para uma possível compreensão dos referidos modelos de regressão linear.

No 1º modelo de regressão linear definiu-se a mensalidade que o utente despende para a resposta social como a variável constante e os escalões de rendimentos como a variável dependente. Como seria de prever esta relação é significativa, ou seja, quanto maior for o escalão de rendimentos do utente maior será a sua mensalidade na resposta social. Seria de todo impossível que esta relação não fosse significativa uma vez que a mensalidade do utente, encontra-se, segundo a fórmula de cálculo da Segurança Social, totalmente dependente do rendimento per capita do agregado familiar do utente.

Como segundo modelo de regressão linear acrescentou-se para além das variáveis anteriores, as variáveis que se consideraram pertinentes, uma a uma, para avaliação da possível relação de significância ($\alpha < 0,05$), originando assim oito modelos de duas variáveis dependentes sendo uma das variáveis sempre os escalões de rendimentos e a segunda variável dependente uma das seguintes: Índice de Barthel, idade, Mini Mental State, GDS, género, Estado Civil, Escolaridade e Profissão.

No terceiro modelo de regressão linear, fez-se uma selecção das variáveis dependentes que mostraram significância ($\alpha < 0,05$) e agrupou-se essas variáveis num mesmo modelo e como verificou-se neste segundo modelo que apenas a Idade e o Índice de Barthel apresentaram uma relação com a mensalidade do utente, o terceiro modelo ficou constituído por três variáveis dependentes que são os escalões de rendimentos, a idade e o Índice de Barthel.

Tabela 6 – Regressão Linear da variável dependente Mensalidade no Centro de Dia (n=187)

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS							
	Modelo	R2	F	B	Beta	t	P-value
1	Mensalidade (Constante)	0,173	18,22**	80,482		4,62	0,000
	Escalões de Rendimentos			20,03	0,42	4,27	0,000
2	Mensalidade (Constante)	0,211	11,49**	152,975		3,86	0,000
	Escalões de Rendimentos			19,956	0,415	4,33	0,000
	e Índice de Barthel			-0,828	-0,194	-2,03	0,046
2	Mensalidade (Constante)	0,259	11,898**	-80,771		-1,269	0,209
	Escalões de Rendimentos			20,980	0,422	4,035	0,000
	e Idade			2,019	0,268	2,562	0,013
2	Mensalidade (Constante)	0,175	9,104**	92,084		2,745	0,007
	Escalões de Rendimentos			20,434	0,425	4,240	0,000
	e Mini Mental State			-0,550	-0,041	-0,406	0,686
2	Mensalidade (Constante)	0,192	8,294**	63,442		2,732	0,008
	Escalões de Rendimentos			19,857	0,394	3,570	0,001
	e GDS			2,360	0,121	1,093	0,278
2	Mensalidade (Constante)	0,175	9,145**	84,990		4,279	0,000
	Escalões de Rendimentos			19,908	0,414	4,218	0,000
	e Género			-6,499	-0,047	-0,481	0,632
2	Mensalidade (Constante)	0,170	8,694**	70,001		3,149	0,002
	Escalões de Rendimentos			17,427	0,370	3,541	0,001
	e Estado civil			5,404	0,096	0,920	0,360
2	Mensalidade (Constante)	0,177	9,234**	87,618		4,175	0,000
	Escalões de Rendimentos			20,864	0,433	4,258	0,000
	e Escolaridade			-4,307	-0,063	-0,616	0,539
2	Mensalidade (Constante)	0,160	8,120**	62,866		1,561	0,122
	Escalões de Rendimentos			19,663	0,407	4,026	0,000
	e Profissão			2,369	0,060	0,595	0,553
3	Mensalidade (Constante)	0,267	8,131**	-25,185		-0,273	0,785
	Escalões de Rendimentos			21,122	0,424	4,051	0,000
	e			-0,404	-0,095	-0,837	0,406
	Índice de Barthel e			1,747	-0,232	2,045	0,045
	Idade						

**Significativo ($\alpha < 0,01$)

IV. CAPITULO – Conclusões

Neste estudo verificou-se que a distribuição dos utentes de Centro de Dia sobre os escalões de rendimentos recai principalmente sobre os escalões inferiores ou iguais ao valor respeitante ao salário mínimo nacional, o que corresponde a 51,1% (n=104) da amostra, sendo que importa referir que 10,6% encontram-se nos escalões com valores superiores ao salário mínimo nacional e 34,3% da amostra não foram analisados por ausência de resposta a este nível.

Esta análise define um público maioritariamente com rendimentos reduzidos a frequentar a resposta social de Centro de Dia e portanto estando a mesma dependente do financiamento da Segurança Social mas também do utente, a capacidade de sustentabilidade das IPSS encontra-se reduzida perante a população a quem presta os serviços. Isto porque segundo a fórmula de cálculo para a definição da comparticipação mensal do utente nesta resposta social, afecta-se 40% ao rendimento per capita do agregado familiar desse utente ou 50% no caso deste usufruir da refeição de jantar, o que para a amostra deste estudo resultou numa mensalidade média de 147,22 euros.

Quando realizada a regressão linear com a variável mensalidade como dependente e as diversas características da amostra como independentes, verificou-se que a relação era significativa no caso dos escalões de rendimentos, dependência nas ABVD e na Idade.

Ou seja, quanto maior o nível de escalão de rendimento do utente maior é a sua mensalidade e o contrário também acontece e quanto maior a sua dependência nas ABVD maior a mensalidade que lhe está atribuída e quanto menor a dependência menor a mensalidade e por último quanto mais idoso maior é sua mensalidade e o oposto também é verdade.

Esta relação para a primeira variável é de todo inquestionável, pois será de fácil percepção que quanto maior será o seu escalão de rendimento maior será a sua mensalidade, sendo o cálculo da mesma realizado sobre o rendimento per capita do agregado familiar do utente.

No entanto o mesmo não acontece sobre as variáveis seguintes ou seja a justificação para a maior dependência e/ou idade estar associada a maior mensalidade não será de tão fácil conclusão, pois a fórmula para o cálculo não faz qualquer referência a nenhuma das variáveis.

Uma das possíveis justificações para esta relação poderá estar associada a um aumento dos serviços prestados sempre e quando o utente se encontre mais dependente ou com mais idade, ou seja quanto mais dependente e mais idoso maior será a necessidade de requerer o serviço de jantar. Apesar de que esta justificação poderá ser em certa medida

questionável, pois desta forma associa-se a outras variáveis que seriam o facto de o utente nessa situação ter sempre uma menor disponibilidade da família para o apoio informal ou mesmo não ter retaguarda familiar. Também uma forma de justificação desta relação pode estar sobre a autonomia das IPSS sobre a gestão da lista de candidatos e da aplicação dos 50% ao rendimento per capita do utente sempre que o mesmo se apresente mais dependente e/ou mais idoso contornando de alguma forma a definição da fórmula de cálculo e definindo para esta tipologia de utentes o serviço de jantar como um serviço desde logo já inerente ou uma vez que não existe um controlo sobre a prestação efectiva dos serviços o utente pode constar como um utente com refeição de jantar e não usufruir na realidade da mesma.

Esta última justificação possível para a relação destas variáveis não significa de imediato incumprimento por parte das IPSS mas também que os conceitos definidos pela Segurança Social não se encontram operacionalizados.

Tomando a seguinte situação como exemplo, podemos compreender a dificuldade na operacionalização deste conceito. Se considerarmos que um utente do Centro de Dia num determinado dia pontual, por indisponibilidade da família para o apoiar na refeição de jantar, necessita de requerer o mesmo junto da IPSS, qual deveria ser o procedimento, estando para este definida a percentagem de 40% sobre o seu rendimento per capita, ou seja, mesmo que pontual o serviço de jantar sempre que ocorra as IPSS podem nesse mês ou seguinte imputar os 50% para definir a sua mensalidade, ou analisando o contexto social e familiar do utente se possui uma retaguarda familiar e social muito ausente ou indisponível e se o mesmo já possui mais idade ou apresenta-se mais dependente a IPSS define desde logo como a percentagem a imputar os 50%, mesmo que o utente não usufrua do serviço sempre a que tem direito ou mesmo que não tenha requerido no início da contratualização dos serviços o serviço de jantar.

Esta situação prática revela que neste tipo de particularidades as IPSS possuem total autonomia para procederem da forma que acharem mais correcta ou conveniente o que remete-nos para a necessidade dos conceitos da Segurança Social serem operacionalizados de forma a tornar os procedimentos para esta resposta social mais homogéneos nas diversas IPSS e mais justos perante a população idosa.

Apesar de tudo a operacionalização dos conceitos só por si não será suficiente, pois verifica-se que o controle da entidade financiadora, Segurança Social, passa apenas por verificar, em acções de acompanhamento ou de fiscalização, a existência de um conjunto de documentos de registo desses procedimentos, mas também esses registos podem não corresponder á realidade e facilmente serem deturpados, ou seja verifica-se que

existe uma necessidade da Segurança Social como entidade financiadora e reguladora avaliar o cumprimento dos procedimentos não apenas com base nos documentos que exige mas também com avaliações no terreno mais práticas.

A partir desta análise pode-se prever que de momento a população idosa não tem acesso aos serviços do Centro de Dia de forma homogénea, estando condicionado o mesmo a características intrínsecas do indivíduo como a dependência e a idade. Esta análise advém dos resultados obtidos neste estudo e da gestão da lista de candidatos estar ao encargo e somente das próprias IPSS, que facilmente podem gerir a sua lista por conveniência e seleccionando os utentes perante critérios que não os definidos em Regulamento Interno.

Para além deste cenário, a sustentabilidade das IPSS também se encontra fragilizada, pois a comparticipação do utente tem tendência a diminuir, por associação ao crescente risco de pobreza na população idosa que em 2009 para Portugal foi de 21% da população idosa que apresentou rendimentos 60% abaixo dos rendimentos medianos da população e quanto maior a idade nessa faixa da população maior foi o risco de pobreza (Carneiro, 2012).

A par deste cenário de diminuição da comparticipação do utente as IPSS tem as exigências crescentes sobre a qualidade dos serviços que prestam impostos por as entidades competentes que exigem cada vez mais uma mão-de-obra intensiva, qualificada e com formação continua (Lemos, 2013).

Em conclusão estes cenários determinam a necessidade por parte das IPSS de alcançarem uma gestão auto-sustentável e otimizar o binómio qualidade/custo a par da definição de serviços mais flexíveis, específicos, completos e inovadores, otimizando as parcerias públicas e privadas, formais e informais, de forma a minimizar os custos, potenciar a qualidade e reduzir a dependência do financiamento público e dos utentes/famílias (Lemos, 2013) e da Segurança Social redefinir estratégias de auditoria e operacionalização de conceitos de forma a tornar o funcionamento da resposta social de Centro de Dia mais transparente e homogéneo.

V. CAPÍTULO – Discussões

Neste estudo verificaram-se algumas limitações nomeadamente na recolha da informação económica e financeira. Isto porque na recolha junto dos utentes da amostra, nem todos os participantes forneceram essa informação ou por não a conseguirem fornecer ou por recusarem-se a prestar esse tipo de informação. Esta limitação pode ser justificada de diversas formas, sendo a mais imediata o facto de existir alguns constrangimentos em exporem a sua situação económica e como segunda interpretação a possibilidade de alguns desses utentes não procederem á gestão do seu dinheiro deixando a mesma ao encargo dos seus familiares e por isso não possuírem essa informação.

Quanto à recolha da referida informação sobre a própria instituição junto do seu representante, também se verificaram constrangimentos pois não foi possível obter todos os dados económicos e financeiros de todas as instituições participantes neste estudo.

Por outro lado este estudo revela como potencialidade o facto de ser um estudo focalizado num aspecto chave no trabalho do Terceiro Sector, o financiamento.

É necessário cada vez mais aprofundar esta temática que é do interesse de todos os intervenientes do Terceiro Sector e sobre a qual existem tantas fragilidades e dúvidas a serem superadas.

BIBLIOGRAFIA

Alvarenga, António. (2000) Os “Envelhecimentos” – População e suas consequências na Zona Euro 11. Lisboa: Departamento de Perspectiva – Ministério da Educação.

Arca, Begona R. (2007) Apoio Familiar e Institucional á Pessoa Idosa. In Osorio, Augustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. As Pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto de Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.

Barreto, António. (2002) Mudança Social em Portugal 1960/2000. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa [Working Paper].

Bonfim, Catarina de Jesus; Teles, M^a Arminda Correia; Saraiva, M^a Eugénia; Cadete, M^a Helena. (1996) A População Idosa, Análise e Perspectivas – A Problemática dos cuidados Intra familiares. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Bonfim, Catarina de Jesus; Saraiva, M^a Eugénia. (1996) Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento). Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.

Borgenicht, Kathryn; Carty, Elizabeth; Feigenbaum, Lawrence Z. (1997) Community resources for frail older patients. *Successful Aging* vol. 167, nº 4: pp. 291-294.

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Rio de Janeiro. *Caderno Saúde Pública*, 19 (3): pp. 773 – 781.

Carneiro, R.; Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J.; Sacadura, M. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa.

Castanheira, A. (2006). Reflexão sobre o Impacto das Políticas adoptadas no rácio económico da dependência das pensões portuguesas de velhice e de invalidez. In *Caderno Sociedade e Trabalho VII. Protecção Social* (2006). Direcção Geral de Estudos e Estatística e Planeamento. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Castel, Robert. (2000) A Escolha do Estado Social. Paris: Comissão Editorial Sociologias, nº 3: pp. 18-36.

Castiello, M.; Martín, R.; Villarejo, P.; Truchado, E. (2006) Las Personas Mayores y las situaciones de dependencia. Madrid: Revista Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Nº 70: pp. 13-43.

Cid, Xosé ML.; Dapía, M. (2007) Lazer e tempos livres para as Gerações Idosas. Prespectivas de animação sociocultural e aproximação á realidade Galega. In Osorio, Agustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. As Pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto de Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.

Cabrero, Gregorio R. (2006) Los “centros de día” como recurso asistencial para las personas en situación de dependência. Ars Medica. Revista de Humanidades; 5, pp. 84-98.

Conrad, Kendon J.; et al (1992). Program Factors That Influence Utilization of Adult Day Care. HSR: Health Services Research 27:4.

Conrad, Kendon J.; et al (1993). Classification of Adult Day Care: A Cluster Analysis of Services and Activities. Journal of Gerontology: Social Sciences 48:3, pp. 112-122.

Direcção de Serviços de Prospectiva. (Março 2001) INFORMAÇÃO INTERNACIONAL - Análise Económica e Política 2000, Volume II. Lisboa: Departamento de Prospectiva e Planeamento.

Equipo de Trabajo do Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales (Dezembro 2004). Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales. Secretaria de Estado de Serviços Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO.

Figueiredo, D. (Setembro 2007) Cuidados familiares ao idoso dependente. 1ª Edição. Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. 1ª Edição. Lusodidacta.

Gabinete de Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2011) Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2011.

Galvão, Cristina (2006). Actividades Preventivas no Idoso. Revista Portuguesa de Clinica Geral, nº 22: pp.731-737.

Instituto Nacional de Estatística. (2000) As Gerações mais idosas. Lisboa. Série Estudos ISSN 0373-3162.

Instituto Nacional de Estatística. (2011) Censos 2011 – Resultados Definitivos – Portugal. Lisboa. Série Estudos ISSN 0872-6493.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). Página Oficial do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em www.ine.pt [Acesso 02.02.2013].

Instituto da Segurança Social, I.P. (Abril 2013). Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos.

J. Ricardo S. et al. (2004). Aplicación de niveles asistenciales de rehabilitación psicofuncional en un centro de día para personas dependientes. Rehabilitación. (Madrid), vol. 38(6); pp. 341- 347.

Lemos, M. (2013) Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população.[Aprovado em Plenário a 13.03.2013]. Conselho Económico e Social. Portugal

MA, Dee Baecher – Brown. (2008) Why a Geriatric Center? . Journal of Gerontological Social Work, vol. 28, nº 1 – 2; pp.162 – 170.

Martin, I.; Gonçalves, D.; Paúl, C.; Pinto, F. (2007) Políticas Sociais para a Terceira Idade. In Osório As pessoas idosas – Contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget – Coleção Horizontes Pedagógicos.

Martin, I.; Neves, R.; Pires, C.; Portugal, J. (2007). Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio á Terceira Idade_2006. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos (UNIFAI).

Martins, R. (Fevereiro 2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. Viseu. Revista do ISPV - Educação Ciência e Tecnologia, nº 32: pp.126-140.

Nadal, Maria Dulce; Llunas, Rosa (2003) Una nueva visión del trabajo psicossocial en el ámbito assistencial. Barcelona: Fundación SAR. Herder.

Netto, Matheus Papaléo (2002) Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Editora Atheneu.

O'Keeffe, J.; Siebenaler, K. (2006). Adult Day Services: A Key Community Service for Older Adults. Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy; Office of the

Assistant Secretary for Planning and Evaluation; U. S. Department of Health and Human Services.

Osório, Agustín R. (2007). Os Idosos na sociedade actual. In Osório, Augustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. As Pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto de Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.

Pearce, Benjamin W. (2007) Senior Living Communities – Operations Management and Marketing for Assisted Living, Congregate, and Continuing Care Retirement Communities (Second Edition). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Pereira, Alexandre. (2006) SPSS – Guia Prático de Utilização – Análise de dados para as ciências sociais e psicologia (7ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira, Luiz C. B. (Janeiro 2001) Uma Nova Gestão para um Novo Estado: Liberal, Social e Republicano. Canadá. The 2001 John L. Manion Lecture.

Pinto, Fernando Cabral (2007), A Terceira Idade: Idade da Realização. In Osorio, Augustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. As Pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto de Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.

Protocolo de Cooperação de 2011-2012, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e a União das Mutualidades Portuguesas.

Protocolo de Cooperação de 2013-2014, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e a União das Mutualidades Portuguesas.

Quaresma, Maria de Lurdes. (1996) Cuidados Familiares às Pessoas muito Idosas. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Rodriguez, M^a Teresa Martínez. (2001) Reorientando los recursos de atención a las personas mayores hacia las necesidades derivadas de la dependencia: de las Estancias Diurnas a los Centros de Día. Intervención Psicossocial, vol.10, nº 3: pp 389-394.

Rodriguez, M^a Teresa Martínez. (2007) Centros de Dia para Personas Mayores com Dependencias. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales.

Rosa, Maria João V. (Maio 2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Salgado Alba A.; Montalvo González J. (1999) Centro de Dia para Personas Mayores – Un esquema práctico sobre su funcionamiento. Revista Espanola de Geriatria e Gerontologia, vol.34, nº 5: pp. 298 – 305.

Salgado, C. (2000) Gerontologia Social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Sánchez-Capitán J.; Garcia M. (2005) Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Revista Ciência & Saúde Colectiva 10 (sup): 243-253.

Silva, Filipe C. (Janeiro 2013). O Futuro do Estado Social. Lisboa: Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004) Envelhecer em Família. Porto: Colecção Idade do Saber. Editora Ambar.

Tamer, Norma L.; Petriz, G. (2007). A Qualidade de Vida dos Idosos. In Osório, Augustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. As Pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto de Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.

UNIFAI – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Q-ADC, Questionário de Avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador. Porto: UNIFAI.

Veras, R.; Caldas, C.; Dantas, S.; Sancho, L.; Sicsú, B.; Motta, L.; Cardinale, C. (2007). Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. Revista Psiqu. Clin. N.º 34 (1); pp. 5 - 12.

Vitoria, Marta Álvarez de Arcaya. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. Revista Espanola de Geriatria e Gerontologia, vol.42 (Supl 1); pp. 75 – 85.